

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur André HAYNAL

**PROBLEMES THEORIQUES ET TECHNIQUES
DE LA PREVENTION DES TROUBLES PSYCHIQUES
CHEZ LE JEUNE ENFANT**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine —

par

Bertrand CRAMER
—

de

Genève

Thèse No 3608

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977
—

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur André HAYNAL

**PROBLEMES THEORIQUES ET TECHNIQUES
DE LA PREVENTION DES TROUBLES PSYCHIQUES
CHEZ LE JEUNE ENFANT**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Bertrand CRAMER

de

Genève

Thèse No 3608

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur André Haynal, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 juillet 1977

Le doyen :
Marcel Jenny

Thèse No 3608



Je tiens à remercier le professeur Gaston Garrone pour toute l'aide qu'il m'a apportée au cours de la préparation de mon privat-docent.

Je tiens également à remercier le professeur André Haynal pour ses nombreux conseils et encouragements.

Je tiens enfin à remercier Madame Jacqueline Holenweg qui a patiemment travaillé sur mes manuscrits et sans l'aide de laquelle ce privat-docent n'aurait pas pu être.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La prévention est une nouvelle dimension en psychiatrie; le terme lui-même n'est appliqué de façon systématique dans les traités psychiatriques que depuis l'année 1960 bien que tout le mouvement d'hygiène mentale ait eu ses débuts dès les années 1900. En fait, les premières formes d'application systématique d'une des approches de la prévention c'est le mouvement d'écoles des parents et d'informations concernant l'éducation et la pédagogie, mouvement qui a pris son essor avant les formulations systématiques concernant la prévention, formulations qui elles trouvent leur essor le plus pleinement dans l'oeuvre de Gérard Caplan dès les années 1950 (1). C'est au cours de la deuxième guerre mondiale que les psychiatres militaires se sont penchés plus directement sur des problèmes typiques de la prévention dans ce sens tout d'abord qu'ils devaient s'occuper non pas de cas individuels, mais de populations, la population des soldats, et qu'ils ont pu assister alors à des situations de stress qui atteignaient un grand nombre de soldats et où l'accent était mis, pas tant sur les facteurs individuels et personnels que sur une situation externe stressante affectant un grand nombre d'individus. C'est pendant la guerre également que Lindemann publie ses premiers travaux concernant un des sujets qui a été le mieux étudié par les théoriciens et les cliniciens de la prévention, à savoir le problème du deuil (8). C'est au cours d'un gros incendie qui a lieu aux Etats-Unis que Lindemann étudie systématiquement tous les rescapés de cette catastrophe ainsi que les membres de la famille des disparus. C'est ainsi qu'il met au point un profil caractéristique du deuil comme étant une réaction psycho-sociale qu'on peut identifier de manière assez systématique et dans laquelle on peut mettre en évidence des réactions

générales qu'on retrouve chez tous les individus. De même, il met au point une distinction entre les réactions dites normales de deuil, qui s'accompagnent de symptômes, mais qui restent dans le domaine de ce qu'il a appelé une crise, et il les distingue de réactions pathologiques de deuil prolongé, de deuil mal fait, qui s'accompagnent alors d'une psychopathologie bien connue en psychiatrie clinique, à savoir la psychopathologie de la dépression.

La notion de prévention sera reprise surtout aux Etats-Unis, et ceci en grande partie grâce à un phénomène bien connu dans tous les services de psychiatrie, à savoir le problème de l'incidence de plus en plus élevée des cas envoyés dans les services de psychiatrie couplé à la déficience de main d'oeuvre pour faire face aux demandes toujours croissantes de traitements psychiatriques. L'épidémiologie a donc joué un rôle important dans le développement des principes de prévention et plusieurs études ont bien démontré que la prévalence des troubles psychiatriques dans la population est telle que : premièrement une approche purement thérapeutique ne peut pas y faire face, et que deuxièmement il serait intéressant, du point de vue clinique d'une part, également d'un point de vue socio-économique, d'essayer de découvrir des méthodes qui enrayeraient différentes formes de pathologie qui se soldent par des infirmités psycho-sociales particulières et qui grèvent les budgets de l'Etat.

En fait, la pratique traditionnelle de la psychiatrie, qu'on appelle la psychiatrie clinique, a toujours eu une composante préventive. C'est ainsi qu'on délimite la prévention primaire, secondaire, tertiaire, et même quaternaire. La prévention secondaire s'adresse à la prévention de complications ou d'aggravation de troubles dépistés ou diagnostiqués à leur début. Il s'agit là d'une pratique qui est commune, soit en médecine somatique, soit en psychiatrie. La prévention tertiaire qui prévient le problème de l'invalidité ou des déficits secondaires à des troubles psychiatriques a été pratiquée depuis longtemps et en fait on peut bien démontrer que parmi les différentes formes de prévention, c'est bien la prévention tertiaire qui a connu et qui connaît encore les plus grands succès dans le domaine de la prévention en psychiatrie, ceci surtout depuis l'avènement

des médicaments psychotropes et antidépresseurs. Ce qu'on appelle parfois la prévention quaternaire, c'est la prévention de la iatrogénisation du trouble psychiatrique, c'est-à-dire la prévention de l'hospitalisme chronique que l'on connaissait bien dans tous les services de psychiatrie avant l'avènement des médicaments psychotropes et avant le développement des polycliniques ambulatoires.

Prévention primaire

Mais c'est la prévention primaire qui est en quelque sorte la plus nouvelle, et peut-être semble la plus prometteuse dans le domaine de la psychiatrie. On sait bien qu'en médecine somatique, la prévention primaire a provoqué des transformations fondamentales affectant toute l'humanité, affectant entre autre les taux de mortalité d'une façon fantastique, soit que la prévention s'adresse aux problèmes obstétricaux et à la mortalité périnatale, soit qu'elle s'adresse à la prévention des maladies infectieuses par les vaccinations qui sont sans doute les exemples les plus étonnants des succès de la prévention primaire, soit encore qu'elle s'occupe de problèmes tels que la pollution, la prévention des accidents, etc. Il est bien entendu que c'est d'abord sur ce modèle que s'est instauré le développement d'une théorie de la prévention primaire où l'on a essayé, et où l'on essaie encore de définir des agents dans l'environnement, dont on connaît à coup sûr l'effet pathogène qu'on cherche alors à éradiquer comme on a réussi à éradiquer par exemple la malaria par des campagnes visant à éliminer les insectes porteurs du parasite paludique. Il faut dire également que la médecine somatique offre un autre modèle que celui de l'éradication de causes pathogènes externes et c'est bien entendu le modèle de la vaccination, à savoir l'introduction dans l'organisme de substances qui vont accroître les capacités de résistance contre un agent externe, comme c'est le cas par exemple pour la diphtérie. On peut donc classer la prévention primaire sous deux rubriques, d'abord la promotion de la santé mentale, et deuxièmement la protection contre l'apparition de troubles spécifiques. On peut dire également qu'en psychiatrie la prévention primaire cherche à modifier l'environnement d'une part, et à renforcer les capacités de l'individu de

telle sorte qu'il puisse faire face à des situations difficiles afin de réduire ainsi l'incidence de nouveaux cas de troubles psychiatriques dans une population.

On peut donc comparer l'ambition de la prévention primaire en psychiatrie à l'ambition, mais elle bien réalisée, des médecins qui s'occupent de santé publique dans le domaine somatique. Mais il est bien entendu, comme on le verra par la suite, qu'il y a entre ces deux domaines, la médecine somatique et la psychiatrie, des différences fondamentales qui feront que l'on doit altérer les modèles conceptuels médicaux classiques pour pouvoir les employer au niveau psychiatrique.

Cela étant dit, il est bien entendu qu'une des plus grandes victoires de la prévention primaire des troubles psychiatriques de l'enfant est de l'ordre de mesures purement somatiques. Il s'agit bien entendu de la prévention des troubles liés au développement aberrant du fœtus d'une part, aux troubles liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi qu'à certains troubles extrêmement rares comme c'est le cas dans l'idiotie phenylpyruvique. Il est bien entendu qu'ici le modèle est fort simple. Dans le dernier cas cité, il suffit d'un changement de régime, donc d'un changement d'input, d'une modification au niveau de l'environnement pour effectuer une prévention extrêmement importante au niveau de la santé mentale future de l'enfant.

En ce qui concerne les troubles psychiatriques liés aux perturbations de la grossesse et de la naissance, on sait que là également d'énormes succès ont été enregistrés, notamment en ce qui concerne la prévention de la prématurité et des complications neurologiques à la suite d'accouchements difficiles. Mais là, et bien des études l'ont prouvé maintenant, il est évident que la santé mentale future de l'enfant n'est pas déterminée uniquement par une déficience nutritionnelle intra-utérine ou un trouble neurologique séquelle d'anoxie périnatale par exemple. Toutes les études catamnestiques d'enfants qui ont souffert de troubles intra-utérins ou périnataux tendent à prouver que si le trouble initial est important, c'est surtout dans la relation entre la mère et l'enfant qu'on trouvera les variables qui vont déterminer le futur psychique de l'enfant, de

telle sorte qu'on tend à considérer maintenant que les enfants qui ont eu des troubles au cours de la gestation ou autour de la naissance ne représentent pas un groupe qu'on peut considérer comme forcément malade, mais qu'il s'agit là d'un groupe d'enfants à haut risque.

La notion de risque est devenue une notion fondamentale en théorie de la prévention. Elle a l'avantage de ne pas prédéterminer du résultat pathologique ou non pathologique à long terme de certains agents déclarés pathogènes, disons au début de la vie. Cette notion est devenue importante surtout à cause du fait de la pauvreté de nos conceptualisations étiopathogéniques en psychiatrie. Il est de plus en plus évident que des modèles linéaires unicausaux tels qu'on a eu peut-être l'habitude de les employer dans une certaine forme de pensée somaticienne, ne peuvent pas être employés de façon adéquate en psychiatrie et le test de cette attitude on le trouve bien dans la pratique de la prévention en psychiatrie.

Dès qu'on parle prévention, on s'appuie de façon explicite, ou plus généralement implicite, sur des notions touchant d'une part à l'étiopathogénèse, et d'autre part à la prédiction; cela nous montre bien également que la pratique et la théorie de la prévention vont dépendre de notre orientation théorique et clinique en ce qui concerne la nature et le traitement des affections psychiatriques. Ainsi, on voit différents courants de pensée préventive, surtout dans le domaine de la prévention primaire, et qui se réclament d'orientations théoriques différentes. Lindemann qui était le premier à étudier le problème du deuil d'un point de vue préventif était d'orientation psychanalytique, Caplan lui-même est d'orientation psychanalytique, mais on voit bien vite dans leur formulation et particulièrement dans celle de Caplan que l'approche psychanalytique, si elle offre un cadre de référence pour comprendre certains mécanismes, et certaines caractéristiques du bon et du mauvais fonctionnement mental par exemple, n'est pas suffisante pour permettre d'asseoir une théorie préventive. On voit par exemple très clairement dans l'oeuvre de Caplan l'intérêt grandissant qu'il a eu pour tout l'apport de l'environnement, particulièrement de l'environnement social et pas seulement de l'environnement

immédiat du petit enfant qui est sa mère, mais l'environnement représenté par la famille d'une part, et par la société au sens plus large. Dans ses modèles théoriques on voit une forme de déplacement à partir d'une problématique qu'on peut décrire en termes psychanalytiques vers une problématique beaucoup plus psycho-sociale où l'accent est mis d'une part sur les forces et les faiblesses de l'environnement de l'enfant, - et sur une étude des facteurs qui pourraient les modifier, - et d'autre part sur ce qu'on pourrait appeler les "coping devices", c'est-à-dire les moyens adaptatifs de l'individu : dans ce domaine, l'effort de Caplan n'est pas tant de comprendre les prédéterminants de la réaction de l'individu à un stress ou à des circonstances externes adverses, mais bien plutôt sur ses capacités de s'adapter à la situation de stress, à faire face et à métaboliser une situation qui pourrait devenir pathogène.

Des généticiens également se sont intéressés aux problèmes de la prévention, particulièrement bien entendu en ce qui concerne la prévention de la schizophrénie. Et là, bien qu'on ne voit plus que très rarement des auteurs qui croient à une transmission de la schizophrénie purement sur un mode génétique mendelien, on peut voir toute une série d'études qui cherchent à mettre en évidence quelle est la pénétrance de l'influence d'une tendance à la schizophrénie,

délimitant de nouveau à l'aide de statistiques des groupes d'enfants qui seraient des enfants à haut risque pour le développement de la schizophrénie. Il faut dire qu'on arrive ainsi à un certain consensus entre différents auteurs s'attachant à ce problème en ce qui concerne le pourcentage d'enfants d'un parent schizophrène qui seraient susceptibles eux-mêmes de développer une schizophrénie par la suite. On aborde là le problème de la diathèse schizophrénique ou le problème d'une constitution favorable au développement de la schizophrénie, et là, de nouveau, le concept qui semble le plus opérationnel c'est plutôt le concept d'enfant à haut risque que des notions concernant l'étiologie de la schizophrénie.

La psychiatrie préventive se distingue de la psychiatrie clinique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, en psychiatrie clinique on est habitué à s'intéresser à l'individu plutôt qu'à une population. On est également intéressé par les signes de pathologie plutôt que par

les signes de santé, par les faiblesses plutôt que les forces. C'est là un héritage du modèle médical. La psychiatrie préventive, elle, s'apparente à la "public health", c'est-à-dire qu'elle emprunte un bon nombre de concepts et d'opérations de la médecine préventive et sociale. Par exemple l'accent en prévention primaire n'est pas sur l'enfant individuel, mais bien sur un groupe. Il s'agit donc de considérer des populations plutôt que des individus et d'identifier des forces pathogènes et des procédures qui permettent d'étudier des populations entières qui sont soumises à ces forces pathogènes. On verra d'emblée que contrairement à ce qui se passe en médecine somatique préventive, un des grands problèmes de l'application de méthodes de prévention primaire dans le domaine de la psychiatrie, sera d'obtenir la coopération des populations et particulièrement d'élever le niveau de motivation de ces dernières à accepter l'aide préventive qu'on leur propose. Le problème est donc de trouver des méthodes qui permettent de renforcer la santé mentale de la population, d'abaisser le risque de désordre mental dans cette même population d'enfants et ceci en interférant avec des forces pathogènes qui seront soit dans l'enfant lui-même, c'est-à-dire dans son bagage psychologique et biologique d'une part, soit d'agir au niveau de forces pathogènes dans l'environnement, et tout cela avant l'apparition d'une pathologie identifiable. Les pratiques de dépistage et de diagnostic précoce font donc déjà partie de la prévention secondaire. On verra d'ailleurs que les techniques de dépistage, toutes difficiles qu'elles soient, sont peut-être plus facile à opérer que les techniques permettant ce qu'on pourrait appeler le développement et le maintien d'une bonne santé mentale. Un concept donc qu'il nous faut absolument pouvoir adopter, et qui va à l'encontre de notre tradition clinique, c'est qu'il s'agit d'opérer au niveau d'une communauté, d'une population plutôt qu'au niveau d'un individu. C'est bien pour cela que les programmes de prévention ont toujours été développés par des organismes psychiatriques qui s'intéressent à la psychiatrie communautaire. Plusieurs problèmes sont à envisager ici : premièrement on ne peut pas attendre que le patient vienne vers le médecin ou vers l'agent de santé mentale, comme c'est le cas en psychiatrie clinique. Au contraire, l'agent de santé mentale devra quitter la sécurité de son cabinet pour se rendre dans la

communauté. Cela représente de nombreuses difficultés : premièrement, la difficulté de se faire accepter par la communauté, deuxièmement l'acquisition d'un certain bagage technique permettant une relation avec des agents de la communauté et la communauté elle-même, alors que la pratique clinique nous prépare à avoir plutôt une relation individuelle avec un patient désigné qui vient quémander notre aide. Une autre difficulté sera d'obtenir de la communauté elle-même une motivation et une participation au programme de prévention, cela tant au niveau des individus concernés qu'au niveau des institutions, par exemple les hôpitaux, les écoles, et au niveau des dirigeants politiques de la société. En psychiatrie infantile, ce problème est bien connu et il est devenu évident que l'agent de santé mentale doit développer des techniques de consultation préventive, techniques qui lui permettent d'aborder des institutions et des professionnels qui s'occupent d'enfants sur un mode qui rendra ces derniers le moins défensifs, le moins méfiants possible, ce qui est une des plus grandes difficultés de tout le travail de prévention. Il s'agira aussi de pouvoir convaincre la population de l'utilité et de l'opportunité d'une action préventive, et là également, nous sommes relativement mal fournis vu que nos études épidémiologiques sont souvent peu convaincantes, que d'autre part la relation entre certains événements ou certaines situations psychologiques et la pathologie psychiatrique ne sont pas faciles à démontrer, et finalement vu aussi les difficultés trouvées dans la population en général à accepter des mesures touchant la vie psychique qui est le bien le plus précieux, le plus privé de l'individu. C'est ainsi que Caplan (2) a développé toute une série de techniques qu'il décrit dans son ouvrage sur la "mental health consultation" où il démontre bien qu'il existe un éventail de méthodes qu'il s'agit de connaître pour pouvoir atteindre les organismes les plus importants en ce qui concerne le développement et le maintien de la santé mentale des enfants. Il décrit ainsi différentes formes de consultations, soit centrées sur l'enfant lui-même, soit centrées sur la personne qui s'occupe de l'enfant, soit encore centrées sur un organisme ou une institution, tel un hôpital, ou une école, qui s'occupe d'un grand nombre d'enfants. Suivant à quel niveau on veut opérer cette action préventive, la technique de consultation sera différente. Il y a aussi

toute une série de démarches et tout un protocole qu'il faut savoir suivre lorsqu'on entre dans une institution. On voit alors à quel point le psychiatre, dont la pratique essentielle a été en institution hospitalière ou en privé, est mal préparé pour sortir de la sécurité que lui donnait l'institution et pour aller s'exposer dans un environnement qui généralement est plutôt hostile à la pensée psychiatrique et psychologique. On peut également considérer cet effort de promotion de la santé mentale sous le chapitre de l'éducation, à savoir la possibilité de répandre dans le public en général, et plus particulièrement auprès de personnel s'occupant d'enfants, des notions élémentaires de santé mentale, de développement normal et de dépistage des premiers signes de perturbations mentales. Il est bien évident que cet effort a été fait déjà depuis assez longtemps, par exemple par l'intermédiaire de l'école des parents, ou bien encore d'une façon plus spécialisée dans les groupes Balint avec des médecins praticiens, mais il est très difficile d'évaluer les résultats d'une telle entreprise.

On pourrait donc classifier les efforts de prévention sous différentes rubriques suivant le point d'impact de cette activité. On pourrait considérer que la prévention peut être faite au niveau de l'enfant lui-même, au niveau de sa famille, au niveau de la société. Ce qu'on appelle la promotion de la santé mentale par l'éducation se fait au niveau des parents d'une part, au niveau de la société également. Au niveau de la société, par exemple, on peut considérer la planification de projets de santé mentale par l'identification de groupes d'enfants à haut risque. On peut également opérer une planification de l'organisation de la communauté en vue de prévenir l'apparition de désordres, de perturbations émotionnelles et mentales, soit par l'intégration de différents services médicaux et psychologiques, soit encore en faisant une éducation, ou une information au niveau des gens qui s'occupent d'enfants, tels que les pédiatres, les infirmières, les éducateurs; on peut même considérer que le point d'impact de l'activité préventive doit se faire au niveau de l'action sociale et même politique, ce qui bien évidemment nous éloigne considérablement du modèle de la psychiatrie clinique auquel nous sommes habitués. C'est

pourquoi, dans la plupart des programmes de psychiatrie préventive, aux Etats-Unis, on propose dans le training des cours et séminaires sur des informations qui sont franchement non psychiatriques : par exemple, on y enseigne des éléments de médecine préventive et sociale avec des notions telles que l'épidémiologie, les bio-statistiques, le problème de populations à haut risque. On y enseigne également certains aspects des sciences sociales, comme par exemple la relation entre différents groupes sociaux, l'étude sociale de la déviance psychiatrique, la déviance psychologique, etc. On y enseigne même parfois certains aspects des sciences politiques, tels par exemple que l'étude des principes des organisations formelles telles qu'elles sont reliées à des problèmes de budget, de dessins administratifs, de structures bureaucratiques, le problème du leadership et des relations de pouvoir. On voit bien par ces quelques exemples que, en ce qui concerne la formation du psychiatre, il est mal nanti pour pouvoir aborder ce genre de problèmes et que, si l'on se destine à mettre en pratique une réelle prévention psychiatrique, il faudra pouvoir faire intervenir tous ces facteurs pour rendre cette prévention opérationnelle. Les psychiatres qui ont essayé de faire de la prévention dans différentes organisations, que ce soit au niveau de l'école ou des hôpitaux, se sont bien rendus compte que leurs efforts sont voués à l'échec s'ils ne suivent pas une certaine stratégie tenant compte de la politique interne de l'institution. Il faut savoir par exemple que l'enseignement et la pratique de la prévention au niveau des assistants dans un département universitaire ne peut être fait d'une façon efficace que si le chef du département de pédiatrie ou de médecine endosse lui-même le travail et le plan proposé par l'agent de santé mentale. On sait également que l'obtention de budget pour certains programmes préventifs ne peut être obtenue que s'il y a auparavant une certaine sensibilisation de la population à l'urgence de ce problème, ce qui force les politiciens à endosser le programme préventif et à en défendre la cause.

Ces quelques considérations expliquent en partie pourquoi la communauté psychiatrique est restée relativement peu intéressée au développement de la psychiatrie préventive, surtout en Europe. Aux

Etats-Unis, la psychiatrie communautaire et préventive a connu un essor considérable pendant les années 1960, ceci grâce à un climat politique et social particulier, avec tout le problème de la violence dans les ghettos, le problème de la pauvreté, le problème du racisme, qui sont devenus des problèmes politiques urgents et c'est en fait lorsque le Président Kennedy a débloqué d'assez larges crédits pour les problèmes de santé mentale qu'ont pu se développer, d'une part des carrières universitaires dans le domaine de la psychiatrie préventive, et d'autre part des programmes de psychiatrie communautaire où la prévention était considérée comme un objectif tout aussi important à suivre que les thérapies traditionnelles. Il est clair que le praticien n'aime pas sortir du cadre clinique et faire face à des réalités sociales, d'une part parce qu'il n'y est pas préparé, et d'autre part parce que là, évidemment, il perd considérablement son sentiment de contrôle du champ de son activité, vu qu'il fait face alors à des réalités qui échappent complètement d'une part à sa connaissance, et d'autre part à ses capacités d'action immédiate.

Depuis le début du mouvement de prévention, la prévention a été particulièrement attachée à la psychiatrie infantile et au domaine des enfants. Cela semble évident tant il est vrai que la notion de causalité dans l'enfance des troubles psychiques de l'adulte est bien ancrée dans la population et dans la communauté psychiatrique en général. Il faut bien reconnaître pourtant qu'il s'agit là seulement d'une hypothèse qui est parfois acceptée sans beaucoup de critiques. Cette hypothèse est la suivante : à savoir que les causes des troubles psychiques de l'adulte se retrouvent toujours dans la toute petite enfance, que d'autre part c'est dans ses toutes premières années que l'enfant est le plus influençable à des agents qui peuvent avoir une influence pathogène, et que par ailleurs il y a une relation de cause à effet certaine entre l'influence pathogénique présente dans la petite enfance et l'éclosion des symptômes dans la période adulte. Il n'y a pas de doute qu'ici, il y a un biais en faveur d'une attitude généticienne indéniable et une forme, dans certains cas, de réductionnisme de la psychopathologie adulte à des antécédents dans l'enfance. Il faut tout de suite indiquer que cela est dû essentiellement à l'héritage

psychanalytique et que certaines écoles, notamment le behaviorisme, ne tiennent pas autant compte de ce point de vue et considèrent la psychopathologie dans son cadre présent hic et nunc. Si l'on considère que la petite enfance est également le meilleur moment pour mettre en oeuvre des interventions préventives c'est qu'on assume que l'enfant est le plus réceptif à ces interventions, alors qu'avec l'âge, la réceptivité de l'individu va en décroissant. Il s'agit là d'un point de vue qui tient compte de la notion de formation des structures et de l'internalisation également : on considère que l'enfant jeune n'a pas encore internalisé tous les modèles de conduite de l'adulte, que son "learning process" n'est pas terminé et que d'autre part ses structures restent ouvertes. Il n'y a pas de doute qu'il s'agit là avant tout d'une théorie, et d'une théorie étiologique, à savoir que c'est chez le tout petit que vont se mettre en place des structures plus ou moins pathogènes elles-mêmes et que toute la notion de vulnérabilité est la plus fertile lorsqu'on l'emploie avec le tout petit enfant que l'on considère comme étant plus réceptif à des influences positives ou négatives venant soit de l'environnement, soit de lui-même, que sa contrepartie adulte. La prévention primaire est donc devenue une province privilégiée dans le domaine de la psychiatrie du jeune enfant, et notamment de l'enfant pré-scolaire, et c'est bien dans ce sens que se sont développés la plupart des programmes de prévention primaire, particulièrement aux Etats-Unis où un programme de dimension nationale a été développé dans les années 1960 : il s'agit du programme "head start" où on proposait d'offrir à des enfants de milieu socio-économique défavorisé un enrichissement culturel et cognitif dès l'âge de 4 ans, qui leur aiderait à prévenir le développement de troubles ou de déficits de l'apprentissage à des âges plus tardifs. Il est intéressant de noter qu'un des résultats de ce programme a été que l'on s'est rendu compte que l'effort préventif avait porté ses fruits, c'est-à-dire que les enfants qui avaient été bénéficiaires de ce programme d'enrichissement culturel avaient montré des augmentations de leurs capacités cognitives, mais que cette amélioration était passagère et que dès que l'enfant était soustrait à ce programme

son progrès cognitif ne se maintenait pas. Une des décisions résultant de cette expérience considérable a été que la prévention des troubles de l'apprentissage doit se faire dès les âges les plus précoces, c'est-à-dire certainement avant l'âge de 4 ans. Il y a maintenant toute une série d'études qui tendent à démontrer que les premières manifestations d'influence pathogène peuvent être agissantes dès les âges les plus précoces. En ce qui concerne le langage, par exemple, il semble de plus en plus évident qu'il y a des précurseurs pré-verbaux du langage dans la relation mère enfant. En ce qui concerne le développement du système nerveux central, il est bien évident qu'il y a des facteurs de nutrition intra-utérine qui jouent un rôle fondamental. On sait bien également, en ce qui concerne la relation mère enfant que les fantasmes de la mère avant la conception même, jouent un rôle essentiel dans l'investissement que la mère va faire de l'enfant par la suite. Toute la pensée étiologique en psychiatrie est biaisée dans ce sens, c'est-à-dire dans un sens génétique où le plus grand poids est toujours mis du côté des antécédents les plus anciens, ce qui explique la préférence, en matière de prévention primaire, pour une action au niveau des petits enfants. Il faut bien savoir pourtant que ce n'est pas là un point de vue qui est accepté sans critique. Nous reviendrons par la suite sur la conceptualisation de la crise, telle qu'elle est proposée par Caplan et d'autres, où il met bien en évidence que le grand avantage de cette notion qui est centrale à l'approche préventive, c'est qu'elle ne préjuge pas d'antécédents pathogènes dans la vie infantile du sujet, mais qu'au contraire on met l'accent sur les forces pathogènes et maturantes présentes dans l'environnement actuel de l'individu. Mais il est bien évident que la prévention et la pratique de la prévention plus particulièrement, est toute teintée de cette orientation génétique de la pensée étiopathogénique, tant et si bien que de nombreux auteurs qui ont fait des propositions au niveau d'études et d'interventions préventives ont proposé qu'elles aient lieu dès la naissance, et parfois avant celle-là.

Problèmes de prédiction et d'étiopathogénie

Un problème de base qui rend nos notions étiopathogéniques relativement peu claires, c'est que nous n'arrivons pas à déterminer quel est le poids réel, à l'avance, de facteurs que nous considérons

pathogènes. S'il est vrai que dans le domaine organique il est certain qu'une lésion du système nerveux central à la naissance va provoquer des complications, cette relation entre agent pathogène et effets à long terme est beaucoup moins claire lorsqu'il s'agit de facteurs psychiques. Cela dit, il est même incertain que des facteurs lésionnels, disons par exemple des traumatismes périnataux, aient des relations univoques avec l'apparition de pathologie à des âges plus avancés. On connaît par exemple l'effet correcteur qu'opèrent le développement et la maturation sur certaines lésions minimales du système nerveux central à la naissance. On sait également que la gravité des lésions neurologiques liées à la naissance peut diminuer avec l'âge. Ainsi, on a pu démontrer que chez des enfants à hauts risques à la naissance, c'est-à-dire des enfants qui ont été soit prématurés, soit ayant présenté des difficultés biologiques à la naissance, l'évaluation de la symptomatologie neurologique montrera que si elle indique parfois des scores assez graves à la naissance, à 4 mois déjà un bon nombre des enfants ne présentent plus de signes neurologiques, à 9 mois encore plus d'enfants auront diminué l'évidence de leurs symptômes neurologiques. Il s'agit ici d'une étude qui s'appelle le "Concept of a cumulative risk score for infants" (12), qui démontre que sur 22 enfants qui ont un score élevé à la naissance, il n'en reste plus que 13 à 4 mois, et plus que 11 à 9 mois. Les conclusions de ces études sont de deux ordres. D'abord, que les corrélations entre un événement péri ou post natal et des séquelles plus tardives sont extrêmement basses dans de nombreuses études prospectives. Autre conclusion, c'est que l'évolution de ces enfants et des séquelles des traumas périnataux dépend d'une façon très importante des circonstances socio-économiques d'une part, et d'une façon plus générale de l'attitude de l'environnement, de telle sorte que ces auteurs suggèrent que l'influence du milieu est souvent plus importante que celle de ces événements biologiques périnataux. On voit donc qu'un enfant qu'on décrit comme un enfant à haut risque à la naissance a de bonnes chances de ne plus l'être après quelques mois.

Une autre conclusion qui sort de cette étude, c'est que le pronostic est une chose que l'on ne peut pas fixer dans les premières années de la vie et qu'au lieu de faire un pronostic que l'on confronte

avec des résultats diagnostiques plusieurs années par la suite, il vaudrait mieux faire une série de pronostics à courte échéance. Si on est si incertain de l'évolution de traumatismes du système nerveux central, vu le nombre de facteurs considérables qui viennent influencer la maturation et le développement de l'enfant, on sera encore beaucoup plus incertain en ce qui concerne le pronostic lorsque l'on évalue l'évolution à long terme de facteurs pathogènes psychologiques. Là de nouveau, il faut nuancer cette formulation : on sait bien que dans certains cas le pronostic peut être plus ou moins fixé; par exemple, dans les cas de déprivation très graves du genre de l'hospitalisme décrit par Spitz, la nature des effets peut être prédite en ce qui concerne soit le développement intellectuel d'une part, soit le développement de la capacité de former des relations stables.

Les nombreuses études faites sur les prématurés démontrent bien le même problème. On sait qu'un petit poids de naissance est accompagné d'un plus grand risque et que plus l'enfant à un poids minime à la naissance, plus grandes sont ses chances de développer des problèmes intellectuels, neurologiques ou même de l'ordre de la personnalité. On sait également que l'enfant prématuré risque également d'être rejeté et que par exemple, 30 à 40 % - dans certaines statistiques - des enfants battus sont des enfants qui sont nés prématurés. Il n'y a donc pas de doutes que l'enfant prématuré - et surtout celui qui a un poids très inférieur - est un enfant à très haut risque. Mais on sait également maintenant, par des études prospectives, que l'évolution de ces enfants va dépendre en grande partie de la capacité qu'a la mère de s'adapter à l'enfant, de former une relation avec lui, et de l'aider à surmonter ses difficultés. Ainsi, soit les études faites par les pédiatres sur l'avenir de l'enfant prématuré, soit les études plus orientées vers la psychologie de la relation mère enfant précoce, telles que les études de Klaus (7), mettent bien en évidence que la plus grande difficulté, dans le cas des enfants prématurés, c'est l'établissement et le maintien d'une relation mère enfant chaleureuse et mutuellement gratifiante, et qu'en fait la prématurité entraîne un risque considérable de deuil précoce chez la mère, et de retrait de l'investissement émotionnel de l'enfant par cette dernière, et que c'est là probablement que git la cause la plus importante de problèmes psychiques qui surviendront

par la suite. On voit dès lors comme il est difficile d'établir un pronostic et que notre pensée étiopathogénique ne se fonde pas sur des relations de cause à effet univoques telles qu'on peut les trouver dans d'autres sciences. A chaque fois qu'on cherche à mettre en évidence un facteur pathogène unique, ce qui serait la précondition logique d'une activité préventive vraiment efficace, sur le modèle par exemple des déficiences vitaminaires, on se rend compte que ce modèle n'est pas applicable, ou que très rarement, en psychiatrie. Prenons par exemple l'étude de Mednick sur les enfants de mères schizophrènes (11). Il trouva une certaine proportion d'enfants qui développèrent au moment de l'adolescence eux-mêmes une psychose et il essaya de trouver dans le passé de ces enfants, d'une manière rétrospective quels étaient les facteurs qui pouvaient être mis en corrélation avec le risque particulièrement élevé de développement d'une psychose chez les enfants de mère schizophrène. Les facteurs qu'il a trouvés sont d'ordres différents; d'une part il a trouvé que ces enfants avaient été séparés de leur mère qui avait été hospitalisée et ceci d'une façon particulièrement traumatique vu que ces séparations avaient lieu lorsque l'enfant était encore très petit. Mais ce qu'il a trouvé également chez les enfants de mère schizophrène qui développeront par la suite une psychose, c'est que ces enfants ont des histoires dans lesquelles on trouve une haute proportion de troubles périnataux du genre d'un poids de naissance inférieur à la moyenne et du genre d'anoxie natale, etc. Pour lui, cela signifierait qu'il y avait dans le continuum des influences pathogènes sur l'enfant qui développera une psychose un facteur neurologique qu'il logeait lui-même dans l'hippocampe et qu'il mit en évidence par l'étude du fonctionnement autonome (test galvanique cutané) de ces enfants, fonctionnement qu'il trouvait dérangé chez les enfants qui développaient une psychose. D'où on pourrait tirer la conclusion - ce qu'il n'a pas manqué de faire - qu'un des facteurs qui prédisposent les enfants de mères schizophrènes à développer eux-mêmes une psychose, ce sont des facteurs neurologiques. Mais bien entendu, il faut tenir compte ici de deux critiques : premièrement, il est possible que cette plus grande présence de troubles neurologiques ou de perturbations liées à la

naissance dans ce groupe soit le résultat du comportement psychotique de la mère qui étant plus anxieuse, s'exposera peut-être plus facilement à des influences pathogènes, et d'autre part provoquera chez le staff de l'environnement hospitalier et obstétrical des réactions telles que l'emploi de plus haute dose d'anesthésiant et l'emploi des tranquillisants par exemple. Mais d'autre part, et c'est là où la critique devient plus fondamentale, on pourrait considérer que cette plus grande fragilité périnatale est elle-même le résultat d'une diathèse schizophrénique quelle qu'elle soit, qui serait présente dès la conception, et dont une des manifestations seraient les troubles de la naissance. On voit donc que derrière chaque cause qu'on croit mettre en évidence, et qu'on croit responsable des troubles futurs, on peut toujours invoquer une cause antérieure et dans ce finalisme étiopathogénique, on n'arrive jamais d'une manière certaine à mettre en évidence des causes uniques et fondamentales.

Lorsqu'on étudie aussi la transmission de la schizophrénie on voit qu'il est très difficile d'établir un parallèle entre la pathologie de la mère et celle de l'enfant. Ce que l'on peut dire par contre, c'est qu'il existe un parallèle entre la sévérité de la psychose de la mère et l'éclosion d'une symptomatologie chez l'enfant, une relation qui est donc non spécifique. D'autre part, certaines études, entre autre celle de Wynne (19), tendent à démontrer que ce n'est pas tant la forme des symptômes de la mère ou du père qui indiqueront le degré de gravité ou le risque de pathologie chez l'enfant, mais qu'en fait les indicateurs à poids prédictif important sont plutôt de l'ordre du style de la communication des parents. C'est ainsi que dans les études contrôlées et aveugles, Wynne a pu prédire sur la base du style de communication des parents, d'un membre de la famille, le genre de pathologie et le degré de pathologie trouvé chez d'autres membres de la famille. Il s'agit d'ailleurs là d'une corrélation et peut-être pas tant d'un facteur étiologique; on ne pourrait pas dire que c'est les défauts de communication chez les parents d'enfants qui deviennent schizophrènes qui causent la schizophrénie de l'enfant. Donc il est bien évident qu'il ne suffirait pas, dans un mouvement préventif, d'améliorer le style de communication des parents pour prévenir la

psychose chez leurs enfants. Ces exemples sont donnés pour indiquer les déficits considérables que nous trouvons dans notre pensée étiopathogénique, ce qui rend bien entendu notre activité préventive fort difficile. Ainsi, s'il est vrai qu'on trouve plus de complications périnatales chez des femmes psychotiques que chez des femmes dites normales, et cela a été bien documenté, cela ne revient pas à dire que ce sont les problèmes périnataux qui vont causer la pathologie future de l'enfant, mais qu'il faut tenir compte bien entendu de la qualité de la relation mère enfant qui va s'installer. On connaît par exemple l'importance d'un syndrome qui est décrit sous le nom de vulnérable child syndrome, par Green et Solnit (6) : dans les cas d'enfants qui sont nés, soit avec une malformation, soit avec une anomalie quelconque, que ce soit une prématurité ou une faiblesse constitutionnelle quelconque, il s'installe bien souvent chez la mère une attitude d'hyper-protectionnisme névrotique qui va sérieusement interférer avec le développement et l'autonomie de l'enfant, lequel développera alors par la suite toutes sortes de symptômes et de problèmes qui seront liés bien plus avec la réaction maternelle qu'avec le problème organique ou neurologique décelé à la naissance. De même dans la fameuse étude sur les différences trouvées chez des jumeaux dont un seul est devenu schizophrène, Pollin et Stabenau (14) ont trouvé qu'une des différences les plus significatives entre le jumeau qui reste sain et celui qui développe une schizophrénie est le poids de naissance bien inférieur de l'enfant qui deviendra psychotique. De là à dire que c'est le petit poids qui cause un trouble psychologique, il n'y a qu'un pas. Mais en fait, ces auteurs reconnaissent que le facteur le plus important est peut-être le fait que la mère développera une attitude très particulière avec l'enfant qui a le poids le plus bas, et que c'est probablement ce facteur là qui jouera le rôle le plus important; ou plus exactement, meilleure formulation, que c'est une combinaison de ces facteurs qui viendra à peser le plus dans le poids des éléments pathogènes. Il faut encore ajouter à tous ces problèmes le fait qu'une démarche prospective n'entraîne pas les mêmes considérations et les mêmes hypothèses qu'une démarche rétrospective. J'entends par là que si l'on considère la psychopathologie à partir de ses antécédents, par le moyen d'une anamnèse, ou même d'une psychanalyse, on arrivera à d'autres considérations concernant l'étiopathogénèse que si l'on fait

une étude prospective où l'on voit s'installer des forces pathogènes et qu'on étudie leur impact sur le développement de l'enfant. Ainsi, par exemple, du point de vue prospectif, lorsqu'on étudie des enfants qui ont des perturbations périnatales, on peut mettre en évidence une pathologie certainement présente d'où l'on déduit un grand risque de pathologie chez ces enfants par la suite. Si par contre on a affaire avec un adulte ou un enfant plus âgé, et l'on note dans l'anamnèse qu'il y a eu difficulté périnatale, il est souvent extrêmement difficile de savoir quel est le poids qu'ont joué ces facteurs dans le développement de la pathologie de l'individu. Par exemple, l'étude de Soula Wolff (18) arrive à la conclusion que des complications obstétricales et périnatales ne contribuent pas d'une façon significative à l'étiologie de troubles du comportement dans une population d'enfants d'âge scolaire référés à un centre d'hygiène mentale. Cette étude représente le point de vue rétrospectif qu'il faut comparer à des études prospectives où l'on trouve le genre de résultats suivants, par exemple : il s'agit de l'étude de plusieurs centaines d'enfants (17) qui sont nés avec un poids inférieur à la normale et comparés avec des enfants qui ont un poids normal de naissance. Lorsqu'on étudie ces enfants à l'âge de 6 ou 7 ans, on voit que l'on trouve toute une série de déficits de l'ordre perceptuo moteur, de l'ordre du raisonnement abstrait, de l'ordre de la coordination motrice, du langage et même du Q.I. entre les enfants qui ont eu un poids inférieur à la moyenne et les enfants ayant un poids normal. La conclusion étant que la performance psychologique est reliée directement au poids de naissance, et ceci sans influence du cadre social ou du comportement maternel, de la race ou du sexe de l'enfant. La théorie déclarée bien clairement est que le poids subnormal de l'enfant est associé à des traumatismes neurologiques, lesquels entraînent forcément des déficits dans la performance psychologique. Ici on part d'un élément jugé pathogène en soi et l'on arrive à la conclusion que c'est ce facteur, et ce facteur seulement, qui va interférer avec la performance de l'enfant. On voit bien dans une étude telle que celle-là que le point de vue théorique des auteurs va influencer considérablement la nature des hypothèses.

Problèmes de pronostic

Le problème central de la psychiatrie de l'enfant, et également de la prévention dans le domaine de la psychiatrie d'enfant, c'est le pronostic. En fait on peut dire qu'en psychiatrie de l'enfant, le diagnostic doit être essentiellement organisé autour de la notion de pronostic. C'est bien dans ce sens que travaillent Anna Freud et son école, qui essaient de reléguer au second plan l'évaluation de la symptomatologie en elle-même et le diagnostic de la personnalité, comme on le ferait chez un adulte, pour évaluer la nature d'un processus qui est celui du développement, cherchant à isoler quels sont les facteurs qui interfèrent ou qui fixent d'une manière pathogène le développement, interdisant à l'enfant d'arriver aux stades ultérieurs du développement; on voit bien qu'il y a là une préoccupation dans certains termes diagnostiques même, tels qu'ils ont été proposés par Diatkine dans le terme de : enfant pré psychotique (3). Il est bien entendu que là le diagnostic est essentiellement fait en fonction d'une prédiction, d'une prévision de développement psychotique par la suite. Ce qui rend évidemment notre tâche très difficile, c'est que nous ne connaissons pas les ressources naturelles de la maturation de l'enfant auquel nous avons affaire, ses capacités réparatrices, et que d'autre part nous ne connaissons pas la suite des événements qui pourraient avoir, soit un effet positif, soit un effet destructurant et décompensant, et que par surcroît, on est mal outillé pour évaluer d'une manière sûre les forces de l'environnement de l'enfant. Il est bien évident qu'en psychiatrie de l'enfant il est indispensable d'étudier la famille de l'enfant, son écologie particulière, mais il est souvent difficile de prévoir comment les parents vont réagir à différentes phases développementales de l'enfant et comment ils vont être capables de soutenir l'enfant ou au contraire de l'influencer de façon néfaste à différents moments de sa vie. On peut donc mettre en évidence plusieurs difficultés dans le domaine de la recherche en prévention.

1. D'abord, comme on l'a bien souligné, qu'il existe dans notre connaissance bien peu de facteurs pathogènes qu'on puisse lier de façon spécifique à un désordre psychique ultérieur. Ainsi on a été encore tout-à-fait incapables jusqu'alors de mettre en évidence des facteurs qui entraînent nécessairement une psychose ou la schizophrénie.

2. Nous savons très peu de choses sur les processus qui lient les événements antécédents, les variables de la petite enfance, et leurs conséquences par la suite. En ce qui concerne notre conceptualisation des liens qui existent entre des éléments pathogènes et leur résultat, il semble que nous soyons mieux outillés pour opérer leur analyse à partir de la symptomatologie tardive que de faire une synthèse prédictive à partir d'éléments pathogènes dans l'enfance. Comme le disait Freud, dans un cas d'homosexualité chez la femme (5) : la synthèse n'est pas aussi satisfaisante que l'analyse. En d'autres mots, notre connaissance des prémices ne peut pas nous permettre de prédire la nature du résultat. Il dit encore : "La chaîne causale peut être toujours reconnue d'une manière certaine si nous suivons les lignes de l'analyse, alors que la prédiction sur un mode de synthèse est impossible". Le problème de la prévention le plus sérieux tient aux déficits considérables que nous avons dans nos possibilités de faire des prédictions à partir d'éléments isolés dans la petite enfance. C'est là tout le problème de décider quel est le poids pathogénique d'éléments variés.

3. Troisième difficulté, il existe un intervalle extrêmement long entre l'opération des facteurs antécédents pathologiques et pathogènes et le début des manifestations morbides. Cela est particulièrement le cas en ce qui concerne la schizophrénie. On peut mettre en évidence des facteurs pathogènes dans l'enfance, mais on sait bien que la date à laquelle la psychose se manifeste pour la première fois de la façon la plus évidente ce n'est souvent qu'au début de l'âge adulte.

4. Quatrième difficulté dans la recherche en matière de prévention, c'est que dans l'intervalle entre la première observation et l'éclosion de la pathologie, beaucoup de facteurs pathogènes non contrôlés, ou également des interventions thérapeutiques, peuvent venir influencer le cours des événements.

En plus, il existe une énorme variabilité d'évolution à partir d'événements ou d'éléments dits pathogènes dans la petite enfance. On sait par exemple que le fait d'être exposé à des événements traumatiques

externes peut être métabolisé de façon totalement différente chez différents individus. C'est là une notion que l'on retrouve également dans la notion de crise et Caplan a bien insisté sur ce point : à savoir, qu'au vu de crises semblables, disons par exemple un deuil, certains individus se décompensent alors que d'autres au contraire présentent des évolutions maturantes. De même en ce qui concerne le développement et l'évolution d'individus qui sont considérés à hauts risques génétiques du point de vue du développement de la schizophrénie. On voit qu'un bon nombre d'entre eux ne développent pas de symptômes psychotiques et qu'en fait - et cela est encore plus troublant - un certain nombre d'entre eux développent des caractéristiques de personnalités exceptionnelles, par exemple particulièrement créatrices (voir également le problème des orphelins créateurs). On voit donc que le point de vue étiopathogénique lui-même est déjà trop étroit et qu'on doit pouvoir considérer dans le développement d'un individu, lorsqu'on approche le problème de la prédiction, que certaines influences que l'on croit pathogènes vont avoir en fait une influence qui peut se solder par des ressources plus grandes chez l'individu et que donc le cadre de la pathologie n'est pas du tout suffisant pour tenir compte de toutes les évolutions possibles à partir d'éléments jugés pathogènes. En ce qui concerne l'évolution des enfants à hauts risques pour la schizophrénie, c'est-à-dire nés d'une mère schizophrène, Mednick et Schulsinger (11) ont trouvé qu'à la fin de la période de haut risque, c'est-à-dire à 45 ans d'âge, 12 à 14 % de ces enfants auront eu un épisode schizophrène. En plus, 35 % des enfants auront eu des différentes formes de psychopathologies. Il reste 50 % d'enfants qui semblent avoir un comportement normal, et dont certains - et c'est cela qu'il faut souligner ici - ont un fonctionnement particulièrement créatif. Il en va de même lorsqu'on étudie l'impact de facteurs socio-économiques sur le développement de la psychopathologie. Il est certain qu'on a pu mettre en évidence une relation entre les niveaux socio-économiques par exemple et l'incidence de prématurité et de troubles périnataux chez l'enfant. Ce sont les fameuses études de Pasamanick (13) dans les années 50 qui ont mis en évidence la plus haute incidence de troubles périnataux chez les enfants venant des ghettos, comparés avec ceux venant de milieux des

classes moyennes. Mais on peut également mettre en évidence qu'au vu de situations socio-économiques adverses, certains enfants semblent prédisposés à une plus grande psychopathologie alors que d'autres ne le sont pas. C'est pour ça qu'on ne peut pas considérer la variable socio-économique comme une variable indépendante agissant de par elle-même et que dans le domaine de la prévention on est forcé d'opter pour un modèle multidimensionnel polyvalent. Il y a là tout le problème de l'étude de la vulnérabilité qu'il faut souligner et c'est pourquoi l'étude de populations à hauts risques peut nous enseigner autant sur les facteurs de résistance à la psychopathologie que sur les facteurs pathogènes eux-mêmes.

Le problème du pronostic est rendu difficile également pour différentes raisons. Premièrement, en ce qui concerne la toute petite enfance, il nous est très difficile de mettre en évidence quelles sont les manifestations apparentes d'effet pathogène. Ainsi, on peut voir des manifestations organiques chez le tout petit ou disons plutôt physiopathologiques, qui semblent indiquer des perturbations. Il s'agit des nombreux troubles du sommeil, de la prise de nourriture, même des troubles de la croissance, mais à chaque fois il est difficile de dire dans quelle mesure ces manifestations, qui sont extrêmement fréquentes, représentent, ou sont l'équivalent d'un processus pathogène agissant simultanément. Même plus tard, lorsque l'enfant se met à parler, il est extrêmement difficile de savoir, à travers ses verbalisations, quel a été l'impact pathogène de certaines influences que de l'extérieur nous jugeons insupportables. D'autre part, il est tout-à-fait évident qu'on a la plus grande peine à mettre en évidence des éléments qui sont pathogènes d'une manière absolue. Si cela est évident pour certains facteurs, tels que les déprivations massives, cela l'est beaucoup moins pour des facteurs plus subtils qui sont de l'ordre des vicissitudes de la relation. Ainsi, l'on sait que certains facteurs qui semblent anodins à première vue, peuvent avoir une évolution et un devenir tout-à-fait différent suivant les formes de rappel qu'opère la structure psychique de l'enfant à différents moments sur les éléments jugés pathogènes. On sait que la théorie du traumatisme est extrêmement difficile à élaborer et que, par exemple, dans l'oeuvre de Freud elle a passé par différentes

phases : une première phase ou l'élément externe déclanchant est jugé comme traumatique en soi (la séduction). Cette première phase était abandonnée par la suite pour mettre en évidence la contribution de l'enfant, c'est-à-dire son activité psychique et fantasmatique qui donne alors à un événement une ampleur toute particulière. Il s'agit là des phénomènes de rappel d'une part, et d'après coup qui viennent remplir un événement qui parfois semble anodin d'une signification toute nouvelle à la lueur des nouvelles possibilités de création psychique de l'enfant. Nous reviendrons par la suite sur cette hypothèse qui est fort importante et qui constamment met en péril et relativise nos efforts préventifs tant il est vrai que lorsqu'on étudie l'enfant individuel on est frappé de voir la contribution énorme de sa fantasmatisation, de sa création psychique dans le développement de sa souffrance et de son fonctionnement psychique. Nous sommes pris ici entre deux feux : d'une part de considérer l'importance des facteurs de l'environnement, particulièrement de la famille sur l'enfant, facteurs qui sont indéniables, et dont nous voyons l'action délétère dans de trop nombreux cas, et d'autre part nous devons constater que l'événement est toujours créé et recréé par l'enfant.

Revenant à la prédiction on a pu mettre en évidence que les prédictions faites lors de la première année de la vie n'ont presque aucune valeur certaine. Ainsi Rutter (15), dans une revue de ce problème, fait le rapport suivant : tout d'abord l'âge auquel l'enfant est testé dans la première année de la vie est de la plus haute importance en relation avec la valeur prédictive de cette première évaluation. Avant l'âge de 3 mois, il y a bien peu de fonctions qui puissent être testées. Même à 6 mois, il n'est possible de tester que quelques fonctionnements sociaux et adaptatifs très primitifs. A 9 mois, il y a une augmentation de la relation entre les tests et les Q.I. qui seront établis plus tardivement. Ce n'est que vers la 40ème semaine de la vie que le quotient développemental commence à prendre une réelle valeur prédictive, bien qu'elle soit encore basse chez les enfants normaux, mais qu'elle commence à avoir une valeur pratique certaine dans les cas de retard mental. Premières conclusions : lorsqu'on fait des évaluations précoces dans la première année de la vie, il faut toujours les refaire afin d'arriver à des prédictions plus stables à des moments

plus tardifs. On a fait également des prédictions en ce qui concerne le tempérament. Ici également, les différentes études montrent qu'il y a peu de possibilités de faire des prédictions sûres en ce qui concerne la continuité de différents traits, qu'il s'agisse du degré de réponses à des stimuli sociaux, de la vitesse des mouvements, du niveau d'activité, etc. Il semble que la seule dimension du comportement qui ait quelque valeur prédictive c'est le niveau d'activité motrice. L'étude du tempérament faite par Thomas et Chess (16) a démontré qu'on peut mettre en évidence une certaine régularité dans des aspects du fonctionnement tel que le niveau d'activité, le degré d'approche et de retraite dans de nouvelles situations, etc. Dans les 6 premiers mois de la vie, ces évaluations n'ont vraiment pas de valeur prédictive, sauf dans les cas qui par la suite développaient des troubles du comportement. Cette revue généralement met en évidence qu'on ne peut pas vraiment faire de prédictions sur la base d'éléments du comportement chez l'enfant dans la première année de la vie, et que des patterns typiques commencent à avoir plus de continuité, et donc de valeur prédictive vers l'âge de 3 ans. Il en est de même quant à l'étude de la réactivité du système autonome. On peut mettre en évidence des différences individuelles indéniables chez des nouveaux nés ou des enfants dans les premiers mois de la vie en ce qui concerne leur réactivité autonome, tel que l'a démontré par exemple Lipton (9), mais de nouveau, ces valeurs n'ont pas été validées au niveau prédictif. Ces difficultés de prédiction ne nous étonnent pas puisque même dans l'ordre physique, les mesures de hauteur et de poids dans la toute petite enfance n'ont pas réellement de valeur prédictive quant à la taille et au poids aux âges plus avancés. Une des conclusions de Rutter, bien entendu, c'est que ce qu'on n'arrive pas à prédire c'est le style maturatif de l'enfant et ses capacités de modification. A son point de vue, et c'est un point de vue auquel on peut facilement se rallier, l'élément le plus important dans la prédiction concernant la vie psychique de l'enfant dérive de l'étude de l'interaction familiale.

En ce qui concerne plus généralement la relation entre la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte, on doit reconnaître que l'on fait face également à de nombreuses difficultés. S'il semble bien

qu'on retrouve plus d'antécédents pathologiques dans l'enfance d'adultes qui présentent une pathologie grave et indéniable, il n'en reste pas moins vrai que la relation entre pathologie adulte et infantile n'est pas toujours facile à établir. C'est par exemple le cas pour la dépression. On dit souvent que la dépression est rare chez l'enfant, ou en tous cas on doit reconnaître qu'elle est extrêmement difficile à identifier sur le plan clinique. Cette rareté chez l'enfant est en contraste marqué avec l'extrême fréquence de la dépression chez les adultes; comme exemple Rutter indique que les 2/5 des patients envoyés dans la polyclinique psychiatrique de l'Hôpital Mandsley sont représentés par des déprimés. Il est donc bien évident que la prédiction ne pourra pas se baser sur les manifestations ouvertes comportementales de l'enfant et, de plus, il n'est pas évident qu'on puisse mettre en évidence de façon prospective une relation entre la structure psychique de l'enfant et les manifestations pathologiques qu'il aura comme adulte. On peut par exemple voir des cas chez qui les manifestations de la pathologie changent de manière importante au cours des âges. On peut même voir par exemple des cas d'enfants qui ont des manifestations franchement psychosomatiques dans l'enfance, mais qui par la suite feront des manifestations d'ordre de la conversion hystérique. Il semble bien donc que les corrélations entre le comportement, - la symptomatologie - de l'enfant et la psychopathologie de l'adulte sont extrêmement difficiles et que même lorsqu'on va au-delà du comportement et qu'on s'adresse à la structure psychique de l'enfant, il n'est pas évident qu'on puisse établir une continuité prospective entre structure de l'enfant et psychopathologie de l'adulte. De même lorsqu'on parle de la névrose infantile, il n'est pas du tout évident qu'on puisse la mettre en corrélation avec une névrose adulte de façon prospective. Ici d'ailleurs, la terminologie nous embarrasse puisque dans la théorie psychanalytique on considère que la névrose infantile est ubiquitaire alors que la névrose chez l'adulte ne l'est pas. Le problème auquel on fait face ici est celui de la fermeture plus ou moins précoce des structures et on fait face également ici à tout le problème de la chronologie de l'internalisation, du processus d'acquisition des structures mentales. Là de nouveau, on voit bien

que la grille théorique qu'on emploie va fortement influencer le point de vue qu'on va adopter. Si l'on adopte le point de vue de Mélanie Klein, on peut démontrer qu'il existe une structure dépressive et paranoïde très tôt chez l'enfant qui va déterminer tout son développement. Si par contre on emploie le modèle développemental d'Anna Freud, on considère que le surmoi n'est pas établi de façon fixe avant le déclin du complexe d'Oedipe vers 6 ans. La théorie développementale d'Anna Freud, ainsi que celle d'Erikson, mettent en évidence que les structures ne sont jamais totalement fermées et que toute une série d'événements et de relations peuvent intervenir de façon très importante, pathogène ou maturante, jusqu'à la vie adulte. D'après Rutter, le seul désordre psychique qu'on puisse identifier de façon certaine dans l'enfance déjà, et qui aurait une grande valeur prédictive, c'est les manifestations de psychopathie et d'actes antisociaux.

Problèmes de dépistage

Des problèmes également sont rencontrés lorsqu'on essaie de mettre sur pied des stratégies de dépistage et de détection précoce. Là nous entrons dans le domaine de la prévention secondaire, mais nous restons dans le domaine également du pronostic et de la prédiction à long terme. Depuis bien longtemps on essaie de mettre en évidence des indices, des signes qui indiquent le début de processus pathogène. En ce qui concerne ces indices dans la toute première enfance, de nombreux chercheurs ont essayé de les rendre les plus précoces possible. Parmi les travaux les plus intéressants dans ce domaine, il faut citer les travaux de Fish, (4) qui a réussi à mettre en évidence des signes de malfonctionnement dans la première année de la vie qui lui permettent de prédire un développement vers la psychose. Les études les plus fructueuses jusqu'à présent sont celles qui font intervenir la notion de relation mère enfant. C'est ainsi que les études de Mahler ont permis de mettre en évidence certains signes dans le comportement du jeune enfant, notamment dans la première et la deuxième année de la vie, signes qui indiquent des troubles plus ou moins sérieux de la relation mère enfant allant de la psychose symbiotique à l'extrême le plus pathologique, à diverses perturbations de ce qu'elle appelle

le processus d'individuation qui correspond à ce qu'on appelle le développement du moi (ou self). C'est également dans les études de Mahler (10) que l'on trouve les seules formulations qui permettent une évaluation, dans les deux premières années de la vie, du potentiel pour le développement de dépressions. C'est ainsi qu'au cours de la phase dite "de rapprochement", vers 16 à 18 mois, on peut observer chez certains enfants un effondrement soudain du sentiment de toute puissance fantasmatique et ceci à cause de troubles dans la relation mère enfant lorsque la mère n'arrive pas à tolérer des régressions de l'enfant au sein de l'union symbiotique fantasmatique.. Cela s'accompagne de troubles de l'humeur chez l'enfant qui seraient les prodromes de troubles de la série dépressive par la suite. Mais il est bien entendu que c'est aussi en étudiant la mère et ses difficultés de tolérance des régressions de l'enfant au moment de la phase de rapprochement qu'on arrivera à établir une forme de pronostic. D'autres signes précoces décrits par Mahler sont des signes d'ambivalence extrêmement forte et de clivage marqué entre les bons et les mauvais objets pendant cette phase de rapprochement. Au niveau du comportement, cela se manifeste particulièrement par des angoisses de séparation intenses et par une incapacité du jeune enfant, vers la fin de la deuxième année, de fonctionner dans l'absence de sa mère. Il faut noter qu'un signe de vulnérabilité de l'enfant dans la deuxième année de la vie, c'est souvent l'existence d'un développement du moi précoce trop rapide qui entraîne alors une reconnaissance prématurée du sens de la séparation de la mère et donc un effondrement de l'illusion symbiotique. La réalisation très précoce de la séparation entraîne dans les cas les plus dramatiques des manoeuvres défensives qui sont de l'ordre symbiotique et on retrouve cela d'une façon très marquée dans le développement d'enfants qui deviendront des cas de psychose symbiotique.

De nombreux outils ont été développés récemment qui permettent très précisément l'évaluation précoce du status psychologique de l'enfant, ce qui permettrait de mettre en évidence des interventions également précoces enrayant, dans un mouvement de prévention secondaire, le développement de pathologies plus sérieuses. Il faut noter ici tout d'abord le profil développemental d'Anna Freud, et puis

différents examens de l'enfant dans son milieu naturel d'une part ou dans le jardin d'enfants. En général, ces tests sont basés sur une appréciation psychanalytique du comportement et de l'activité psychique et l'accent y est mis essentiellement sur les variables suivantes : d'abord la qualité de la relation d'objet et de la sociabilité de l'enfant, puis la capacité de l'enfant à jouer ainsi que l'étude de la capacité cognitive de l'enfant, puis encore l'étude des fonctions de contrôle des pulsions, des modulations des affects et le développement des fonctions du moi et du surmoi. Il s'agit là de batteries qui permettent d'évaluer les différents fonctionnements du psychisme de l'enfant, mais il faut reconnaître que ces examens demandent une grande dépense de temps, une grande expérience et, bien souvent, ne donnent pas d'une façon certaine des notions pronostiques qui sont, comme nous l'avons déjà souligné auparavant, des notions qui sont les plus importantes en psychiatrie infantile, et particulièrement dans le domaine de la prévention. Une notion ressort clairement de ces différentes tentatives de détection précoce et de dépistage, à savoir que notre étude doit s'élargir au niveau non seulement du fonctionnement de l'enfant, de son status développemental, mais également au niveau de sa relation avec le milieu ambiant; il faut donc arriver à faire une étude aussi approfondie de l'environnement que de l'enfant, et dans l'environnement, il est bien entendu que c'est la mère qu'il s'agira d'étudier le plus intensément. Ici l'on rejoint des thèses et des hypothèses qui ont été particulièrement développées par l'école de la psychologie du moi ainsi que par Winnicott. Dans ces deux perspectives, on voit que l'enfant ne peut se développer d'une façon harmonieuse et complète que si ce développement se passe dans le cadre d'un "average expectable environment", pour reprendre la terminologie de Hartmann, ou dans le cadre d'un "good enough mothering", si l'on suit la terminologie de Winnicott. On voit combien difficile ici est notre tâche de dépistage puisqu'il ne suffira pas d'étudier des individus mais plus précisément des ensembles, et c'est ici que la théorie des systèmes prend une dimension particulièrement importante : dans cette théorie, on considère que

l'enfant n'est pas un système fermé, mais qu'il fait lui-même partie d'un système plus large qui est celui de la famille, et à différents moments du processus diagnostique on choisira de mettre l'accent ou de poser son oeil sur différentes formes de systèmes. Il y a le système intrapsychique, et puis il y a le système interpersonnel et intra-familial.

Conclusions

L'étude des problèmes soulevés par la prévention chez les jeunes enfants nous permet de cerner certains points nodaux qu'il faut souligner :

- 1) Tout d'abord que la prévention, et particulièrement la prévention primaire qui est celle qui nous intéresse davantage en ce qui concerne les enfants, en est encore à un stade pré-opérationnel, c'est-à-dire à un stade où nous essayons de mettre sur pied des hypothèses, des modèles opérationnels et des programmes d'interventions préventives.
- 2) Que l'on peut distinguer différentes formes d'intervention en prévention primaire : la plus générale c'est la promotion de l'hygiène mentale, soit par l'éducation, soit par des consultations directes, soit par des programmes d'éducation auprès de personnes chargées de s'occuper de petits enfants. Dans ce premier modèle, la plus grande difficulté tient au fait qu'on ne peut pas savoir quel est l'effet de notre action préventive et qu'il faut reconnaître que dans ce cas on ne prévient pas tant des troubles spécifiques psychiques mais on tend plutôt à renforcer les ressources de l'environnement et de l'enfant en vue de renforcer ses défenses contre l'émergence de troubles psychiques. Les autres programmes de prévention primaire sont ceux qui permettent de mettre en évidence des causes pathogènes et de les combattre en suivant, soit le modèle déprivationnel comme dans la carence maternelle, soit le modèle du traumatisme, que ce soit un traumatisme physique, neurologique, ou que ce soit un traumatisme psychique. Mais là encore on a bien mis en évidence les difficultés de cette approche, à savoir que l'on ne peut jamais savoir à l'avance

le poids de facteurs pathogènes uniques, et que d'une façon générale on sait que ce qui est facteur pathogène pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre, que les vulnérabilités sont différentes suivant différents enfants, et que de plus, ce qui comptera le plus au cours du développement, ce sont les possibilités qu'auront l'enfant et le milieu à métaboliser les agents pathogènes d'une part ou au contraire à les aggraver par des réactions qui sont pathogènes en elles-mêmes; il faut encore souligner tout le problème de l'après-coup, du rappel, de l'activité psychique de l'enfant qui donne des significations différentes à des événements ou des facteurs que nous jugeons pathogènes d'emblée.

3) C'est donc toute notre pensée étiopathogénique qui est mise en question, ainsi que la valeur de nos prédictions; mais, et c'est là un point que Caplan et d'autres ont bien souvent souligné, il n'est pas nécessaire ni indispensable d'attendre que nous ayons des notions absolument claires sur l'étiopathogénèse pour entreprendre des programmes préventifs. En ce qui concerne par exemple la prévention de certaines affections médicales, comme par exemple c'était le cas pour le scorbut, on n'a pas dû attendre de connaître le rôle de la vitamine C pour trouver des méthodes préventives empêchant le développement de cette maladie. Nous sommes ici au même point en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux. Nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre d'avoir des formulations étiopathogéniques plus claires pour intervenir de manière préventive.

4) La pensée préventive est une pensée qui ne vient pas naturellement au psychiatre et au clinicien. Il y a donc là des difficultés d'enseignement, d'apprentissage et d'identité professionnelle. Le clinicien est habitué à travailler avec un cas unique alors que la prévention emploie des concepts de médecine préventive et sociale, c'est-à-dire des concepts qui s'appliquent à des populations entières. D'autre part le praticien a l'habitude de travailler dans un milieu qu'il peut contrôler, qui est l'hôpital psychiatrique ou bien sa pratique privée, alors qu'en pratique préventive il s'agit d'aller dans la communauté et de s'adapter à la politique et aux lois qui régissent les relations humaines dans la communauté. Pour arriver à ce but, il faudra apporter des modifications à la formation du psychiatre, et de

l'étudiant en médecine : il faut développer les notions d'épidémiologie, d'application de formulations étiopathogéniques à des groupes (notion d'enfants à haut risque psychopathologique), et de techniques de consultations de santé mentale dans des institutions. La dynamique de groupe devient un outil indispensable. La capacité de traduire des concepts psychiatriques compliqués dans un langage accessible à des profanes est indispensable dans le travail de promotion de programmes d'hygiène mentale.

5) Il faut savoir que la formulation de programmes préventifs va dépendre étroitement des points de vue théoriques des praticiens. Les psychanalystes mettront l'accent sur l'activité intrapsychique de l'enfant : la stratégie préventive visera à éviter la mise en place de fonctionnements pathogènes et proposera des techniques renforçant des activités du moi favorables (par exemple par l'emploi du jeu). Les psychologues s'intéresseront à la pathologie cognitive et proposeront des programmes d'enrichissement intellectuel par exemple. Les généticiens proposeront du "counseling" génétique; les psychosociologues proposeront des modifications du milieu social, etc.

On voit bien l'intérêt d'une approche éclectique et multidisciplinaire dans la formulation de programmes préventifs.

Finalement, si nous avons esquissé les problèmes fondamentaux auxquels on doit faire face lorsqu'on essaie d'établir des stratégies préventives, cela ne devrait pas/^{tant} entraîner un défaitisme concernant ces approches qu'une remise en question de notre identité professionnelle et des concepts qui sous-tendent nos activités, qu'elles soient didactiques, de recherche, ou d'opérationnalité dans le champ clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) CAPLAN, G. Prevention of mental disorders in children.
Ed. G. Caplan. Tavistock Publications. London. 1961
- (2) CAPLAN, G. The theory and practice of mental health consultation.
Basic Books. New York. 1970.
- (3) DIATKINE, R. L'enfant pré-psychotique. La Psychiatrie de l'Enfant,
Vol. XII, pas. 2, 1974.
- (4) FISH, B., SHAPIRO, T., HALPERN, F., WILE, R.
The prediction of schizophrenia in infancy. III. A ten
year follow up report of neurological and psychological
development. American J. of Psychiatry. 121. 768-775. 1965.
- (5) FREUD, S. The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman.
Standard Edition. Vol. 18. 1920.
- (6) GREEN, M., SOLNIT, A.
Reactions to the threatened loss of a child : a vulnerable
child syndrome. Pediatric management of the dying child.
Part. III. Pediatrics 34, 58-66. 1964
- (7) KLAUS, M., KENNEL, J.
Maternal-infant bonding. Mosby Co. St-Louis. 1976.
- (8) LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief.
A., J. Psychiat. 101-141. 1944.
- (9) LIPTON, E.L., STEINSCHNEIDER, A., RICHMOND, J.B.
Autonomic functions in the neonate; maturational change
in cardiac control. Child dev. 37. 1-16. 1966
- (10) MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A.
The psychological birth of the human infant.
Basic Books. New York. 1975.
- (11) MEDNICK, S.A., SCHULSINGER, F.
Factors related to breakdown in children at high risk
for schizophrenia. in : Roff, M. and Ricks, D.F. : life
history research in psychopathology. Vol. 1. Minneapolis.
University of Minnesota Press. 51-93. 1970.
- (12) PARMELEE, A.H., SIGMAN, M., KOPP, C.B., HOBER, A.
The concept of a cumulative risk score for infants.
in : Aberrant development in infancy; human and animal
studies. Ed. N.R. Ellis. John Wiley and sons. 1975.
- (13) PASAMANICK, B., KNOBLOCH, H.
Epidemiologic studies on the complications of pregnancy
and the birth process. In : Caplan, G. Ed. : Prevention
of mental disorders in Children. Basic Books. New York. 74-94.
1961.

- (14) POLLIN, W., STABENAU, J.R.,
Biological, psychological and historical differences in a
serie of monozygotic twins discordant for schizophrenia.
In : Rosenthal, D., and Kety, SS. ed. The transmission of
schizophrenia. Oxford. Pergamon Press Ltd. 312-332. 1968.
- (15) RUTTER, M. Psychological development, predictions from infancy.
J. Child Psychol. and Psychiat. 11. 49-62. 1970.
- (16) THOMAS, A., CHESS, S., BIRCH, H.G.
Temperament and behavior disorders in children. New York.
New York University Press. 1968.
- (17) WIENER, G., RIDER, R., OPPEL, W., FISHER, L., HARPER, R.
Correlates of low birth weight : psychological status at
6 to 7 years of age. Pediatrics. 434-444. 1966.
- (18) WOLFF, S. The contributions of obstetric complications to the
etiology of behavior disorders in childhood. J. of Child
Psychol. and Psychiat. 8. 57-66. 1967.
- (19) WYNNE, L.C., SINGER, M.T.
Thought disorders and family relations of schizophrenics :
I : a research strategy. Archives of general psychiatry. 9.
191-198. 1963.

